

MODELLO "A"

PO 2014

Fondo  
locale

contatto	Attuale denominazione per esteso dell'Ente				N. complessivo dipendenti 3^ Area in servizio al 01.1.2014	Codice Ente
	Eventuale vecchia denominazione dell'Ente					
	nominativo	tel	fax			

**Personale della Terza Area titolare nel 2014 di PO nei limiti delle risorse del Fondo locale per le PO**

N°	COGNOME	NOME ordine alfabetico)	(in	data di nascita	codice fiscale	Descrizione	durata dell'incarico		gg	%	IMPORTO INDICATIVO (***)
						incarico	dal	al	assenza (**)	(*)	
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
		Totale percettori PO									-
											-

(\*) indicare la percentuale della retribuzione stipendiale goduta (es. 100 per indicare che al dip. compete l'intera retribuzione; es. 83,00 per indicare quale sia la percentuale di retribuzione goduta in caso di riduzione dovuta a part time, congedo parentale ecc..)

(\*\*) indicare il numero di giorni di assenza per malattia comportanti decurtazione ai sensi dell'art. 71, co. 1, DL 133/2008. (In caso di assenza continuativa superiore a 10 gg. indicare 10)

(\*\*\*) l'importo indicativo è pari all'importo teorico (I ctg. € 1.800,00, II ctg. € 1.100,00) diviso 360 (trecentosessanta), moltiplicato per i giorni di titolarità dell'incarico e la percentuale della retribuzione goduta, al netto decurtazione per i giorni di assenza. (L'importo ufficiale sarà esclusivamente quello calcolato a cura della Dir. Gen. per il Pers. Civ. e pubblicato con la circolare contenente l'elenco dei destinatari dell'indennità di PO per l'anno 2013)

data \_\_\_\_\_

firma del capo dell'ufficio \_\_\_\_\_